

## **Ruhigstellen von Alten- und Pflegeheimbewohner\*innen mit Psychopharmaka**

Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Halle (Saale)

Mechanische Fixierungen wie Bettgitter und Gurte waren zuletzt häufig Anlass medialer Diskussionen über fehlende Menschlichkeit in Alten- und Pflegeheimen. Kaum öffentliches Interesse erlangt hingegen das medikamentöse Pendant – das „Niederbinden“ mit Psychopharmaka – ein noch viel größeres Problem.

In Fachkreisen ist die anhaltend hohe Verschreibungsrate von psychotrop wirksamen Medikamenten bei Bewohner\*innen von Pflegeheimen jedoch sehr wohl bekannt. Seit Jahren wird versucht dem Missstand entgegenzuwirken.

In deutschen Alten- und Pflegeheimen werden bis zu 60 Prozent der Bewohner\*innen mit psychisch aktiven Medikamenten behandelt. Dazu zählen vorrangig Antipsychotika, aber auch Tranquilizer, Schlafmittel und Antidepressiva. Psychotrope Medikamente werden oft eingesetzt, um die Menschen an selbstbestimmter Fortbewegung zu hindern, sie antriebslos und schläfrig zu machen.

Referenz: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21549645>

Insbesondere Antipsychotika stehen in Misskredit. Sie werden verschrieben, um so genannte herausfordernde Verhaltensweisen bei Menschen mit Demenz zu kontrollieren, beispielsweise Bewegungsdrang, innerliche Unruhe oder Wahnvorstellungen. Gemäß Leitlinien dürfen Antipsychotika maximal zur Kurzzeitbehandlung eingesetzt werden, denn sie können schwere Nebenwirkungen haben.

Ein 2011 publizierter Cochrane Review verweist auf die Wirksamkeit und Sicherheit eines in Großbritannien erfolgreich getesteten Programmes zur Reduktion von Antipsychotika in Alten- und Pflegeheimen. Das Programm nutzt einen personenzentrierten Pflege- und Betreuungsansatz und ist inzwischen in Großbritannien breit implementiert. Grund genug, das Erfolgsmodell auch in Deutschland zu testen.

Referenz: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23235663>

Unter wissenschaftlicher Koordination des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg wurde dazu eine multizentrische Studie

mit dem Akronym „EPCentCare“ aufgesetzt. Die Studie wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung über 3 Jahre gefördert. Zielsetzung war es, das britische Programm in das deutsche Gesundheitssystem zu übertragen, um die Verschreibungshäufigkeit von Antipsychotika zu reduzieren. In der Cluster-randomisierten kontrollierten Studie nahmen 37 Pflegeheime in Halle (Saale), Witten und Lübeck teil. In die Auswertung gingen die Daten von 1.153 Bewohnerinnen und Bewohnern ein.

In beiden Studiengruppen – Interventions- und Kontrollgruppe – wurde die Medikamentenverordnung alle drei Monate gesichtet, um eine leitliniengerechte optimale Standardversorgung zu ermöglichen. Zu diesem Zweck überprüften klinisch-pharmakologisch ausgewiesene Ärzt\*innen die Medikation der Bewohner\*innen. Die verschreibenden Ärzt\*innen erhielten eine Rückmeldung mit Empfehlung zum Absetzen, Ausschleichen oder zur Reduzierung der Antipsychotika. Allen in die Verschreibung eingebundenen Ärzt\*innen (Allgemeinmedizin, Neurologie und Psychiatrie) wurde zudem eine zweistündige zielorientierte Fortbildung angeboten.

In den Pflegeheimen der Interventionsgruppe wurde darüber hinaus ein zweitägiger Workshop zu personenzentrierter Pflege und Betreuung sowie ein kontinuierliches Supervisionsprogramm durchgeführt. Hierfür wurden ausgewählte Mitarbeiter\*innen der Einrichtungen als Expert\*innen für personenzentrierte Altenpflege (EPA) geschult und kontinuierlich begleitet. Alle Mitarbeiter\*innen der Pflegeheime wurden im Rahmen einer 60-minütigen Informationsveranstaltung über die Projekthinhalte aufgeklärt.

Die Ergebnisse der Studie wurden im renommierten klinisch-geriatrischen Journal *Age and Ageing* veröffentlicht. Referenz: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30806453>

Keines der teilnehmenden Heime hat die Studie vorzeitig beendet. Die Ergebnisse der Studie nach 12 Monaten Beobachtungszeit sind jedoch enttäuschend. Die Bewohner\*innen der Interventionsgruppe haben nicht profitiert von dem personenzentrierten Ansatz. Die durchschnittliche Anzahl der Bewohner\*innen mit mindestens einem Antipsychotikum war 44,6% bei Studienbeginn und 44,8% am Ende, während die Häufigkeit in der Kontrollgruppe etwas abnahm, von 39,8% auf 33,3%.

Das best practice Programm aus Großbritannien zur Gestaltung einer psychosozialen Pflege- und Betreuungssituation als Gegenentwurf zur Ruhigstellung mit Antipsychotika wirkt in deutschen Pflegeheimen unter den gegebenen Betreuungs- und Ausstattungsbedingungen offensichtlich nicht.

Wie schon in früheren Erhebungen wurden auch in dieser Studie große Unterschiede zwischen den Pflegeheimen hinsichtlich der Verschreibungsrate von Antipsychotika festgestellt. Die Gründe sind unklar, aber die „Pflege- und Betreuungskultur“ als Gemisch von Haltungen, Überzeugungen und dem Ausmaß der Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft mögen einen entscheidenden Einfluss haben.

Es ist unwahrscheinlich, dass die Schulung von Pflegenden und Ärzt\*innen und der Appell an eben diese, die medizinischen Leitlinien bzw. den besten internationalen Kenntnisstand umzusetzen, unter den gegebenen Bedingungen wirksam werden kann. Der massiven nicht indizierten Verordnung von Antipsychotika scheint man so nicht beizukommen. Zu groß sind die Fehlanreize im System, zu schlecht ist die Kooperation der Berufsgruppen und zu gering sind die personellen Spielräume.

In Ländern wie Norwegen und Großbritannien ist die Regierung andere Wege gegangen und hat Initiativen angestoßen, die zu überzeugenden Absenkungen der Verschreibungsrate von Antipsychotika geführt haben. Leider wurde es hierzulande kürzlich wieder versäumt, ein entsprechendes Qualitätskriterium für die MDK Prüfungen der Heime zu definieren. Auf diese Weise bleibt ein unerträglicher, menschenunwürdiger Zustand – die Ruhigstellung von wehrlosen Menschen mit Psychopharmaka – in Deutschland weiterhin bestehen.

## **Grundlegende Fragen**

### **Warum bekommen so viele alte Menschen in Pflegeheimen Psychopharmaka?**

Um Verhaltensweisen zu unterdrücken wie Schreien, Rufen, Bewegungsdrang, nächtliche Unruhe. Um die Pflege zu erleichtern und das Zusammenleben mit den anderen Heimbewohnern. Psychopharmaka werden auch eingesetzt, um die Stimmung aufzuhellen und Ängste zu nehmen, angebliche Schlafstörungen zu behandeln usw.

Pflegende und Ärzte haben sich bequem eingerichtet, ohne die Empfehlungen aus internationalen Leitlinien zur Kenntnis zu nehmen.

Referenzen: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-013l\\_S3-Demenzen-2016-07.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf)

<https://psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.books.9780890426807>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4582430/>

Wissenschaftler wie Peter Gøtzsche sehen überhaupt keine Indikation für Psychopharmaka, schon gar nicht bei altersgemäßen Wesensveränderungen (z.B. Referenz:

[https://www.youtube.com/watch?v=j9J6ZU\\_133Y](https://www.youtube.com/watch?v=j9J6ZU_133Y)).

Es hat keine Konsequenz, wenn eine Einrichtung und ihre verschreibenden Ärzte massenhaft zu den Ruhigstellern greifen. Das Ausmaß der Verordnung von Psychopharmaka ist kein zu überprüfendes Qualitätskriterium in Pflegeheimen. Pflegende fragen die Medikamente nach, Ärzte aber verordnen sie. Behandlung mit Medikamenten ist eine ritualisierte Lösungsstrategie. Persönliche Zuwendung und Begleitung, Eingehen auf die Person und sich kümmern kosten Zeit. Qualifiziertes Personal ist knapp. Zudem sind Psychopharmaka ziemlich günstig und belasten das Budget kaum.

Ein Problem scheint auch zu sein, dass Nebenwirkungen von Psychopharmaka wie Schlaganfall oder vorzeitiger Tod, aber auch Stürze und Sturz-bedingte Verletzungen im Einzelfall nicht als Ursache der Medikamentenverordnung erkennbar sind. Gesundheitliche Beeinträchtigungen, Antriebslosigkeit, Müdigkeit, Verschlechterung des geistigen Zustandes und der Motorik werden in Kauf genommen.

Antipsychotika sind selbst Ursache von innerer Unruhe oder Agitiertheit, d.h. psychotische Nebenwirkungen der Psychopharmaka werden somit wieder mit Psychopharmaka behandelt. Schließlich lässt sich nicht mehr differenzieren zwischen Setting-bedingten, altersbedingten und Psychopharmaka-bedingten Erregungszuständen. Auch das unsachgemäße Absetzen von (von primär nicht indizierten) Psychopharmaka kann zu erheblichen (vorübergehenden) Verschlechterungen des Gesundheitszustands führen („cold turkey“), was wiederum zu einer nicht indizierten weiteren Verabreichung oder Intensivierung der Medikation führen kann.

### **Was ist so aussichtsreich an dem Ansatz aus Großbritannien?**

Durch die Kombination aus regelmäßigem Medikamentencheck durch einen Experten, Beratung der verschreibenden Ärzte und Ausbildung der Pflegenden im Hinblick auf einen individuelleren, personenzentrierten Umgang mit den Pflegeheimbewohnern ist es gelungen, die Rate an Antipsychotikaverschreibungen bedeutsam zu senken (von ausgehend 47,0 Prozent auf 23,0 Prozent in der Interventionsgruppe mit dem Schulungs- und Informationsprogramm zu personenzentrierter Pflege im Vergleich zu 49,7 Prozent auf 42,1 Prozent in der Kontrollgruppe mit alleinigem Medikationscheck). Dieser Ansatz klingt so als wenn man ihn auch in Deutschland umsetzen könnte.

Referenzen: <https://www.bmj.com/content/bmj/332/7544/756.full.pdf>  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6492452/>

Darum haben wir die Studie durchgeführt, die das britische Programm an die deutschen Verhältnisse anpasst und in einer großen kontrollierten Studie auf Wirksamkeit und Sicherheit untersucht. Es ist also der Versuch gewesen, das erfolgreiche britische Programm in Deutschland zu replizieren. <https://academic.oup.com/ageing/article/48/3/419/5365248>

### **Warum lässt der Ansatz sich in Deutschland nicht umsetzen?**

Folgende Gründe dürften entscheidend sein: 1) Wir hatten es im Vergleich zu GB mit einer großen Anzahl von Ärzten zu tun (ca. 450). Das heißt: Mehr Ärzte, mehr Abstimmungsbedarfe, mehr Informationsverlust, größere Barrieren zur Umsetzung von qualitätssichernden Maßnahmen. 2) Pflegende fanden den personenzentrierten Ansatz zwar sinnvoll, aber aufgrund von Personalengpässen wurde er nicht ausreichend eingeführt. 3) Die Zusammenarbeit der Pflegenden mit den Ärzten ist in Deutschland sehr hierarchisch geprägt und Pflegende werden in medizinischen Fragen nicht immer ernstgenommen. Auch wagen Allgemeinmediziner häufig nicht, Verordnungen des Facharztes abzusetzen und somit in das Terrain des Psychiaters oder Neurologen einzugreifen. Für die Psychiater oder Neurologen ist das verschriebene Medikament z.T. der einzige Grund um Visiten in Pflegeheimen zu rechtfertigen.

### **Was ist das Hauptproblem in hiesigen Pflegeheimen?**

Hauptproblem ist die gesellschaftliche Akzeptanz der Behandlung mit Psychopharmaka von alten Menschen entgegen jeglicher wissenschaftlicher Erkenntnislage. Weder Antipsychotika noch Antidepressiva sind Lösungen für das gesellschaftliche Versagen im Umgang mit alten Menschen.

Ein menschenwürdiges Leben im Alter kann nicht durch Psychopharmaka erzwungen werden. Aktuelle Lebensräume wie Pflegeheime stehen derzeit einem respektvollen Umgang mit alten Menschen entgegen.

Es fehlt an pflegerischer Kompetenz, die Risiken von Psychopharmaka einschätzen zu können. Die Abstimmung mit der großen Zahl von Ärzten klappt nicht. Beide Berufsgruppen verstehen sich offensichtlich nicht als Interessenvertreter der alten Menschen, diese vor schädlichen Medikamenten zu schützen. Die Ärzte werden nicht zur Rechenschaft gezogen, wenn sie mit zweifelhafter Indikation, zu viel und zu lange Psychopharmaka verschreiben.

Auch für die Heime hat dies keine Konsequenz. Die Verschreibungshäufigkeit von Psychopharmaka ist kein Qualitätskriterium bei den Prüfungen der Qualität durch den MDK.

### **Was müsste sich ändern?**

Psychopharmaka haben keinen wissenschaftlich nachgewiesenen Nutzen bei Pflegeheimbewohnern, jedoch erheblichen Schaden. Altenheime müssen Psychopharmaka-frei werden.

Die Verschreibung von Psychopharmaka muss ein Qualitätsaspekt werden, der vom MDK kontrolliert wird. Die Verschreibungsraten müssen offengelegt werden. Gut ausgebildete Heimärzte könnten die Umsetzung Psychopharmaka-freier Heime erleichtern.

### **Woran hapert es außerdem?**

Wo bleibt das Interesse der Öffentlichkeit an den Pflegeheimbewohnern? Wo bleibt die Empörung? Warum setzen sich die Interessenvertretungen für Pflegeheimbewohner nicht ein?  
Auskünfte:

[Gabriele.Meyer@medizin.uni-halle.de](mailto:Gabriele.Meyer@medizin.uni-halle.de)